

УДК 61.831-005-073.432.19:612.13

*И.А. Криворучко, С.Н. Тесленко, В.П. Колесник,
А.В. Сивожелезов, М.С. Повеличенко, А.И. Коврыга*

Харьковский национальный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Обоснован выбор метода оперативного лечения и проанализованы результаты хирургического лечения пострадавших с травмой двенадцатиперстной кишки. Выбор метода оперативного вмешательства проводится индивидуально в зависимости от тяжести состояния пострадавшего и интраоперационных данных. Общепринятой для всех является декомпрессия желчного дерева одним из способов, трансназальная интубация двенадцатиперстной кишки двухпросветным зондом, адекватная санация и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства. В послеоперационном периоде обязательным является медикаментозное подавление секреции пищеварительного тракта и назначение антибиотиков широкого спектра действия на фоне проведения инфузионно-трансфузионной терапии.

Ключевые слова: *травма, двенадцатиперстная кишка, хирургическое лечение.*

Среди закрытых и открытых поврежденных органов брюшной полости травма двенадцатиперстной кишки (ДПК) занимает особое место, что связано с анатомическим расположением и особенностями её функционирования, и составляет, по данным разных авторов, от 0,2 до 10 % [1–3].

Однако до настоящего времени не разработано единой тактики лечения этой категории больных, что связано с небольшим количеством наблюдений пациентов с данной патологией в каждом лечебном заведении. Отечественные и зарубежные авторы указывают на большое число осложнений и высокую летальность у данной категории больных (16,6–70 %, по различным источникам) [1, 4, 5].

Наиболее тяжелыми осложнениями травмы ДПК в послеоперационном периоде являются несостоятельность швов ДПК, развитие флегмоны забрюшинного пространства [1].

Целью работы явилось обоснование выбора метода оперативного лечения и анализ результатов хирургического лечения пострадавших с травмой ДПК.

Материал и методы. Под нашим наблюдением за период с 2000 по 2011 г. находилось 32 пациента с различной степенью

повреждения ДПК. Преимущественно это мужчины трудоспособного возраста — 25 (78,1 %) пациентов, женщины составили 21,9 %. Механизм травмы различный: у 16 пациентов было колото-резаное ранение; у 15 — закрытая травма живота, у 1 — огнестрельное ранение. У 28 пациентов отмечены сочетанные интраабдоминальные повреждения, у 17 — сопутствующая черепно-мозговая травма. 14 пациентов находились в состоянии алкогольного опьянения. Большинство пострадавших были доставлены в стационар через 6 часов от момента травмы — 26 (81,2 %), в период от 6 до 12 часов — 5 (15,6 %), 1 (3,2 %) пациент поступил позже 24 часов в тяжелом состоянии шока, с четкой картиной разлитого перитонита.

На момент поступления все пострадавшие находились в тяжелом состоянии, предъявляли жалобы на боли в животе, тошноту, рвоту, слабость, одышку.

Всем им проводились стандартные обследования: клинические анализы крови и мочи, биохимические исследования крови, рентгенография органов брюшной полости и органов грудной клетки, ультразвуковое и КТ-исследование органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия, лапароцен-

© И.А. Криворучко, С.Н. Тесленко, В.П. Колесник и др., 2012

тез, лапароскопия. Пострадавшие оперированы в срок до 2 часов с момента поступления в стационар.

Для оценки степени повреждения ДПК мы использовали классификацию Е. Мооге и соавт. (1991), в которой выделены пять степеней повреждения ДПК.

I степень — гематома занимает одну часть ДПК или имеется надрыв стенки, не проникающий в просвет кишки.

II степень — гематома занимает более одной части ДПК или имеется разрыв менее 50 % окружности ДПК.

III степень — разрыв 50–75 % окружности второй части ДПК или 50–100 % окружности, или локализация в первой, третьей и четвертой порциях.

IV степень — разрыв более 75 % окружности во второй порции с повреждением ампулы и дистальной части холедоха.

V степень — массивное повреждение панкреатодуоденальной зоны или деваскуляризация ДПК.

При выборе метода хирургического лечения у данной категории больных необходимо было учитывать следующие основные факторы:

- тяжесть состояния больного, обусловленная сочетанным повреждением;
- время, прошедшее с момента получения травмы;
- расположение зоны повреждения относительно БСДК.

Результаты исследования. Все пострадавшие были оперированы в ургентном порядке под общим обезболиванием. Показанием к оперативному лечению была клиника разлитого перитонита, клиника внутрибрюшного кровотечения, наличие свободного газа и жидкости в брюшной полости, выявленных при рентгенологическом исследовании органов брюшной полости.

При интраоперационной ревизии размеры ран ДПК варьировали от 0,5 см до полного ее пересечения. Частота повреждений различных участков была вариабельная. При проникающих ранениях живота чаще всего встречались разрывы внутрибрюшной части — у 14 (53,8 %) пострадавших, забрюшинной части — у 8 (30,8) %, сквозная рана — у 4 (15,4 %). При закрытой травме живота лишь у 15 % больных были внутрибрюшные разрывы. Наиболее часто имелись повреждения нижней горизонтальной части — у 10 (38,5 %), нисходящей части — у 9 (34,6 %) и нижнего изгиба — у 7 (26,9 %) пострадавших с травмой ДПК.

Раны ДПК I–III степени в сроки не более 6 часов с момента получения травмы старались ушить, накладывая первичный двухрядный шов с предварительной мобилизацией ДПК по Кохеру, что уменьшает степень натяжения швов.

При повреждении ДПК IV–V степени и в сроки с момента повреждения более 6 часов выполняли выключение ДПК одним из способов наложения гастроэнтероанастомоза с брауновским соустьем, декомпрессию желчных путей посредством наложения холецистостомы или наружным дренированием холедоха. Летальность при данной методике составила 22,2 %. Каждая операция заканчивается дренированием брюшной полости сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Количество и расположение дренажей зависят от выраженности воспалительных изменений брюшины и забрюшинного пространства.

Чаще всего использовались ушивание ДПК, её интубация, холецистостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. Летальность при использовании данной методики составила 35,7 %.

В послеоперационном периоде обязательным является подавление секреторной активности желудочно-кишечного тракта современными препаратами и назначение антибиотиков широкого спектра действия. В трансназальный зонд вводят раствор аминокaproновой кислоты.

В результате анализа данных выявлено следующее. Летальность при «выключении» ДПК составила 28 %. Осложнения возникают при дефекте в нисходящем отделе ДПК; наличии забрюшинной флегмоны и перитонита; некрозе краев стенки ДПК (старая рана, огнестрельное ранение); сроке более 6 часов с момента травмы; панкреатодуоденальной травме.

Выводы

Метод оперативного вмешательства выбирается индивидуально в зависимости от тяжести состояния пострадавшего и интраоперационных данных.

Общепринятыми для всех являются декомпрессия желчного дерева одним из способов, трансназальная интубация двенадцатиперстной кишки двухпросветным зондом, адекватная санация и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства.

В послеоперационном периоде обязательным является медикаментозное подав-

ление секреции пищеварительного тракта и назначение антибиотиков широкого спек-

ра действия на фоне проведения инфузионно-трансфузионной терапии.

Список литературы

1. Бойко В. В. Запобігання неспроможності швів ран дванадцятипалої кишки / В. В. Бойко, В. П. Польовий, Б. О. Мільков // Харківська хірургічна школа. — 2006. — № 1. — С. 13–14.
2. Повреждение органов панкреатобилиарной зоны / П. А. Иванов, А. В. Гришин, Д. А. Корнеев, С. А. Зиняков // Хирургия. — 2003. — № 12. — С. 39–43.
3. Диагностика и лечебная тактика при травме двенадцатиперстной кишки / А. Б. Молитвослов, А. К. Ерамишанцев, А. Е. Маркаров [и др.] // Хирургия. — 2000. — № 5. — С. 52–57.
4. Повреждения двенадцатиперстной кишки в практике районного хирурга / Н. В. Комаров, В. В. Бушуев, К. Е. Ляхманов, Р. Н. Комаров // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2004. — Т. 163, № 2. — С. 92–93.
5. Османов Р. Р. Хірургічна тактика у хворих з травматичними ушкодженнями дванадцятипалої кишки / Р. Р. Османов, Р. І. Османов // Харківська хірургічна школа. — 2007. — № 2. — С. 128.

І.А. Криворучко, С.М. Тесленко, В.П. Колесник, А.В. Сивожелізов, М.С. Повеличенко, А.І. Коврига

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАТИЧНОМУ ПОШКОДЖЕННІ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Обґрунтовано вибір методу оперативного лікування та проаналізовано результати хірургічного лікування потерпілих з травмою дванадцятипалої кишки. Вибір методу оперативного втручання виконується індивідуально в залежності від тяжкості стану потерпілого та інтраопераційних даних. Загальновизнаною для всіх цих випадків є декомпресія жовчного дерева одним зі способів, трансназальна інтубація дванадцятипалої кишки трансназальним зондом, адекватна санація та дренування черевної порожнини та заочеревинного простору. В післяопераційному періоді обов'язковим є медикаментозна інгібіція секреторної активності травного каналу і призначення антибіотиків широкого спектра дії на тлі проведення інфузійно-трансфузійної терапії.

Ключові слова: травма, дванадцятипала кишка, хірургічне лікування.

I.A. Kryvoruchko, S.N. Teslenko, V.P. Kolesnik, A.V. Sivogelezov, M.S. Povelichenko, A.I. Kovriga
SURGICAL TACTICS PECULIARITIES DURING TRAUMATIC DAMAGES OF THE DUODENUM

The results of surgical treatment of patients with a trauma of the duodenum are analysed. The choice of a method of operative intervention is made individually during operation for each patient. For adequate sanitation carry out drainage of abdominal cavity, decompression bilious tree, intubation of duodenum by double tube. In the postoperative period necessarily medicamentous suppression of secretion of a stomach and a prescription of antibiotics combined infusional-transfusional therapy.

Key words: a trauma, duodenum, surgical treatment.